

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 - No 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PÉRICARDITE AIGUË

CHEZ LE NOURRISSON

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis MOULÈNE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à SAINT-CÉRÉ (Lot) le 20 janvier 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
de la
PÉRICARDITE AIGUE chez le NOURRISSON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 - No 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PÉRICARDITE AIGUË

CHEZ LE NOURRISSON



THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis MOULÈNE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à SAINT-CÉRÉ (Lot) le 20 janvier 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance.....	MM. CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien).	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOURIQUAND, président ; COURMONT, assesseur ;

GARIN et CHALIER J., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FIANCÉE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

*Professeur de Clinique médicale infantile
et d'Hygiène du premier âge
Chevalier de la Légion d'honneur*

Pour le grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence de
notre thèse.

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES
*des Facultés de médecine et des Hôpitaux civils
et militaires DE TOULOUSE ET DE LYON*

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
de la
PÉRICARDITE AIGÜE chez le NOURRISSON

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, à la clinique médicale infantile de la Charité, de nous intéresser à deux cas de péricardite aiguë avec épanchement non purulent chez des nourrissons. Cette maladie n'a jamais été spécialement étudiée à cet âge de la vie, sans doute parce qu'elle n'a été observée qu'exceptionnellement. Il faut reconnaître, en effet, que c'est une affection rare, mais nous croyons que c'est surtout une affection latente. Latente, parce qu'elle évolue au milieu de symptômes bruyants, qui attirent l'attention d'un autre côté, vers le poumon en particulier ; latente, parce que la plupart des signes classiques de la péricardite chez l'adulte, font ici défaut ; latente surtout, parce qu'on ne pense pas à la rechercher, parce qu'on néglige un examen minutieux du cœur chez un enfant, qui, de prime abord, paraît indemne de toute lésion de cet organe. Aussi, partageons-nous l'avis du professeur Baumel, lorsqu'il écrit : « Chez l'enfant, la péricardite larvée, insidieuse est très fréquente... Son

diagnostic est d'autant plus difficile que l'enfant est plus jeune. On doit pourtant la rechercher, même chez le nourrisson. »

Sur les conseils de M. le D^r Bertoye, nous avons donc entrepris d'étudier cette question et d'en faire le sujet de notre thèse.

En nous appuyant sur nos observations et sur les indications trouvées dans la littérature, nous nous attacherons à montrer que la péricardite aiguë, chez le nourrisson, constitue une forme clinique tout à fait individualisée, ayant quelques signes caractéristiques, et, en particulier, une image radioscopique, qui, dans la majorité des cas, doit entraîner le diagnostic.

Nous n'étudierons pas les péricardites purulentes. Les unes, qui se voient dans les premiers jours après la naissance, semblent être d'origine puerpérale ou secondaires à une infection par la plaie ombilicale. Elles emportent rapidement le petit malade. Les autres, qui constituent presque toutes les péricardites du nourrisson habituellement observées, sont secondaires à un empyème ou à une broncho-pneumonie. Elles n'évoluent pas d'une façon aiguë typique. Notre sujet est donc bien nettement limité : nous ne nous occuperons que des péricardites aiguës à épanchement non purulent.

Nous suivrons, dans ce travail, le plan suivant : Dans un premier chapitre, nous étudierons l'étiologie, et, en particulier, la fréquence de la péricardite; nous donnerons les statistiques très contradictoires des divers auteurs. Nous placerons ensuite nos deux observations principales, et, en les interprétant, nous

aborderons l'étude clinique de la question : nous insisterons surtout sur le diagnostic radioscopique, qui nous paraît avoir la plus grande valeur.

L'auteur de cette thèse ne prétend pas mettre définitivement au point une question de pathologie infantile. Mais sa satisfaction serait grande, si la petite lueur qu'il a essayé de jeter attirait l'attention des cliniciens sur cette affection.

M. le Dr Bertoye, nous a inspiré ce travail, et nous a guidé à travers les nombreuses difficultés que nous rencontrions sur notre route. Il nous a toujours reçu avec la plus aimable cordialité, nous prodiguant ses conseils en camarade aîné et avec la science d'un maître. Nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre profonde gratitude.

A M. le professeur Mouriquand, dont nous avons suivi l'enseignement clinique avec le plus vif intérêt, nous adressons l'assurance de notre reconnaissance.

Nous ne saurions quitter la clinique médicale infantile sans adresser notre hommage respectueux à la mémoire de M. le professeur Weill. Il a été notre premier maître dans cette branche de la médecine et nous a ouvert largement les trésors de sa puissante expérience clinique. Il sera toujours pour nous l'image la plus pure du maître.

ETIOLOGIE

La péricardite peut se voir à tout âge, même pendant la vie fœtale. Billard et Tardieu citent, en effet, des autopsies de nouveau-nés, dans lesquelles ils ont trouvé des adhérences péricardiques, résultat évident d'une inflammation de cette séreuse pendant la vie in utero. Est-ce à dire qu'on va la voir avec une égale fréquence à tous les âges, dès la naissance ? Non ! et, selon l'âge du sujet, on observera des affections différentes qui se compliqueront plus ou moins souvent de péricardite.

Mais tout d'abord on est frappé, lorsqu'on étudie cette question de la fréquence chez l'enfant, par les résultats contradictoires fournis par les divers auteurs.

Pour les uns, c'est une affection très rare : Bednar prétend ne pas l'avoir observée sur un total de 14.477 enfants, soignés aux Enfants trouvés, de Vienne ; Lebert, n'en a vu que deux cas, au-dessous de 5 ans ; Roth, un seul au-dessous de 10 ans. Si l'on s'en tenait

à ces statistiques, il serait presque inutile de la rechercher chez le nourrisson.

Mais, pour d'autres, la péricardite est une maladie fréquente chez l'enfant et qui se rencontre aussi chez le nourrisson. Nous nous rangeons à cet avis. Hénoc'h, émet l'opinion qu'elle est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte ; Baginsky, arrive à la même conclusion, et donne les chiffres suivants : sur 4.500 malades, il a observé 66 péricardites, dont 20, de zéro à un an, et 3, de un à deux ans. Le professeur Baumel, qui a eu l'attention attirée sur cette affection chez l'enfant, et qui l'a recherchée, a écrit : « La fréquence de la péricardite est telle que dans quelques mois (hiver et printemps), j'en ai observé un plus grand nombre qu'au cours de toute ma carrière médicale ». Il dit par ailleurs : « On doit la rechercher même chez le nourrisson ». Enfin, M. Germain Blechmann, dans une étude sur les péricardites aiguës, arrive, au point de vue qui nous intéresse, à la conclusion suivante : on observe, de zéro à cinq ans, le quart du nombre total des péricardites. Il donne avec précision des chiffres recueillis en 15 ans dans six hôpitaux mixtes de Londres. Sur 239 cas de péricardite infantile, il en a noté 33 au-dessous de 1 an.

De ces divers travaux récents, nous pouvons conclure que la péricardite est loin d'être rare chez le nourrisson. Mais il nous faut distinguer deux formes : la péricardite purulente et la péricardite aiguë. La première seule est fréquente ; la deuxième est extrêmement rare et c'est d'elle seulement que nous nous occupons. Dans les recherches que nous

avons faites, nous n'avons trouvé que très rarement des chiffres qui pourraient fournir une statistique. Baginsky, sur 13 cas de péricardite séreuse chez des enfants, en a observé un cas chez un nourrisson de 1 an. David Bowaird, sur 14 cas de péricardite aiguë rencontrés à l'autopsie de 100 enfants âgés de 6 mois à 3 ans, a trouvé l'épanchement 11 fois purulent et 3 fois séro-fibrineux, soit un peu plus du cinquième ; mais la statistique porte sur des enfants jusqu'à l'âge de 3 ans.

On peut se demander pourquoi la péricardite aiguë à épanchement est aussi rare chez le nourrisson. Nous croyons d'abord que, le plus souvent, elle passe inaperçue. Elle évolue, en effet, d'une façon aiguë, assez rapide, égarant le diagnostic par des symptômes bruyants et souvent guérissant sans traitement. Comment, dans de pareilles conditions, ne resterait-elle pas latente ?

Mais la cause la plus importante de sa rareté est l'absence du rhumatisme à cet âge de la vie. Cette affection, en effet, n'apparaît que vers l'âge de 5 ans, et elle se caractérise tout de suite par une tendance excessive à frapper le cœur. Or, le rhumatisme donne surtout des péricardites à épanchement.

Cette grande cause de péricardite aiguë étant absente chez le nourrisson, quelles sont donc les maladies qui pourront la provoquer ? Nous croyons qu'en premier lieu il faut placer la tuberculose. Blache, Joffroy, Thaon pensent qu'elle est très fréquente dans le premier âge. Théophile Chappé, dans sa thèse, se rallie à cette opinion et il invoque la fré-

quence des lésions du médiastin chez l'enfant. L'infection se ferait le plus souvent de proche en proche et en particulier par le processus de la lymphangite. Colrat a montré, en effet, qu'il existait un riche réseau lymphatique faisant communiquer le péricarde à la plèvre et au médiastin. Certains auteurs ont cependant publié des observations de péricardite tuberculeuse primitive : dans un cas relaté par Thaon, la tuberculose pulmonaire ne paraît s'être développée chez un enfant de 9 mois que 2 mois après le début de la péricardite. A notre avis, cela prouve seulement que cette tuberculose pulmonaire est survenue après une péricardite, mais non que la péricardite était primitive. Nous pensons donc qu'en règle générale il faut considérer la péricardite tuberculeuse comme secondaire à une lésion pleurale ou ganglionnaire.

Deux causes très importantes de péricardite chez le nourrisson sont la broncho-pneumonie et la pleurésie purulente : 19 fois sur 20, d'après G. Blechmann. Mais l'épanchement est presque toujours purulent, aussi ne nous en occuperons-nous pas. Certains auteurs, Hénoc'h en particulier, ont cependant signalé des épanchements séro-fibrineux secondaires à l'une de ces deux affections.

Il est un grand nombre d'infections qui peuvent s'accompagner de péricardite, mais dans lesquelles cette complication est très rare : la fièvre typhoïde, par exemple, dans l'observation relevée par le Docteur Milhaud, et que nous reproduisons dans cette thèse (Obs. IV) ; la gastro-entérite, dans un cas ob-

servé par notre maître, M. le Professeur Weill, où un nourrisson de 8 mois, atteint de diarrhée fébrile, présenta un frottement diffus des plus caractéristiques de la région précordiale, eut des lipothymies et guérit. Baginsky cite aussi la diarrhée dans les causes de péricardite aiguë. La coqueluche peut se compliquer aussi de péricardite, soit par l'intermédiaire d'une broncho-pneumonie (Obs. III), soit par les remaniements ganglionnaires qu'elle provoque du côté du médiastin.

Enfin, le Professeur Parrot a insisté sur le rôle que paraît jouer l'hérédo-syphilis, et il donne une statistique intéressante : sur 10 cas de péricardite observés chez des nouveau-nés, 4 fois la syphilis était en jeu. Nous pensons qu'il y a là un fait à retenir.

On a invoqué certaines causes adjuvantes des péricardites dans l'enfance ; nous ne saurions les passer complètement sous silence. Le Professeur Baumel a insisté sur le rôle joué par les lésions congénitales du cœur (Obs. VIII). Tous les auteurs sont d'accord pour attribuer une influence à l'activité cardiaque du jeune âge. L'hérédité jouerait aussi un rôle ; quant au sexe, il aurait peu d'importance.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Service de M. le Professeur WEILL)

Anne-Marie R..., âgée de 8 mois, entre le 2 janvier 1924 dans le service de M. le Professeur Weill parce qu'elle crie constamment et qu'elle est très agitée depuis une semaine.

On ne relève rien de particulier dans ses antécédents héréditaires : son père est en bonne santé, sa mère également, pas de fausse-couche, une seule grossesse bien supportée, sans albuminurie.

L'enfant est née à terme. Elle pesait à la naissance 4.720 gr. Elle a été nourrie au sein jusqu'à l'âge de 5 mois, puis la mère ayant peu de lait et l'enfant ne prenant plus de poids, on l'a mise au lait de vache : 6 biberons de lait et une bouillie de farine lactée. L'enfant à ce régime prenait peu de poids et était toujours constipée.

Depuis le 25 décembre 1923, l'enfant criait constamment, la température prise le soir était de 38°8. Elle ne vomissait pas, mais était encore plus constipée que de coutume. Enfin, depuis le 27, est apparu un état marqué de gêne respiratoire. Son état ne s'améliorant pas, l'enfant est envoyée à la Charité dans le service de M. le Professeur Nové-Josserand, pour examen de l'abdomen au point de vue chirurgical.

Cet examen étant négatif, elle entre à la crèche St-Ferdinand, dans le service de M. le Professeur Weill.

L'examen à l'entrée, le 2 janvier 1924, montre une enfant aux lèvres cyaniques, aux doigts légèrement lilas; elle est de plus très agitée, donnant l'impression d'un énervement continu, contractant parfois ses bras presque convulsivement. On observe de la tachypnée avec une expiration poussée, bruyante. Les ailes du nez battent. La toux est sèche affectant le caractère de la toux moniliforme, mais accompagnée d'un effort comme pour expulser quelque chose. Rien à l'auscultation du poulmon. L'examen du cœur ne permet pas de sentir la pointe. Les bruits du cœur sont normalement perçus aux foyers normaux; la matité cardiaque déborde légèrement le bord droit du sternum. L'abdomen est souple, on a vu une selle qui est absolument normale. Température: 38°.

On pratique un examen radioscopique qui montre une ombre cardiaque très grande, dont les bords battent légèrement; rien aux poulmons (voir schéma I).

4 janvier 1924. — Une cuti-réaction pratiquée le premier jour avait été négative; une deuxième est légèrement positive. La rate déborde le rebord costal, le foie déborde de deux travers de doigt. L'abdomen est volumineux. On sent les battements du cœur en dedans de la ligne mamelonnaire sur toute la région précordiale et un peu à droite du sternum.

A l'auscultation du poulmon gauche, en arrière, entre l'aiselle et la colonne vertébrale, on a une expiration à timbre aigre, soufflante.

On fait une radioscopie (voir schéma II).

18 janvier. — Depuis le 4 janvier, l'ombre cardiaque à la radio a progressivement diminué (voir schémas III, IV, V).

L'état général est resté satisfaisant. La matité cardiaque a diminué d'étendue. L'enfant n'est plus oppressée. La dyspnée a disparu très rapidement, de même que l'état d'agitation signalé. L'oppression a duré en tout 7 jours.

La malade sort de l'hôpital le 18 janvier.

4 février. — L'enfant, ramenée à la consultation, présente un excellent état général. L'ombre cardiaque à la radioscopie est normale. Rien à l'auscultation (voir schéma VI).

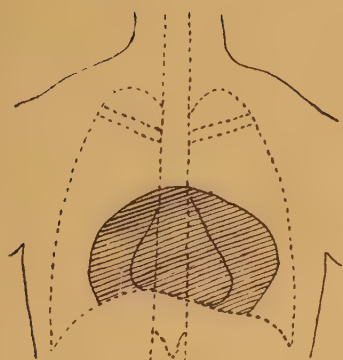


Schéma I. — 2 Janvier

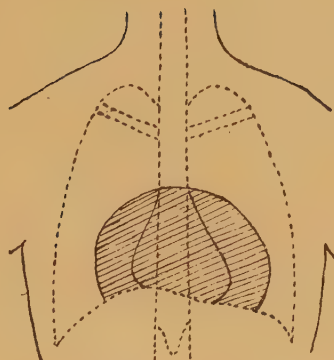


Schéma II. — 4 Janvier

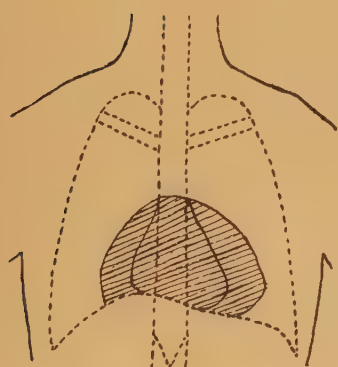


Schéma III. — 5 Janvier

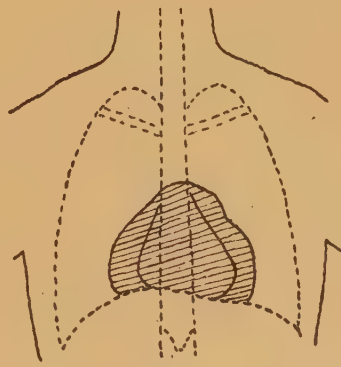


Schéma IV. — 8 Janvier

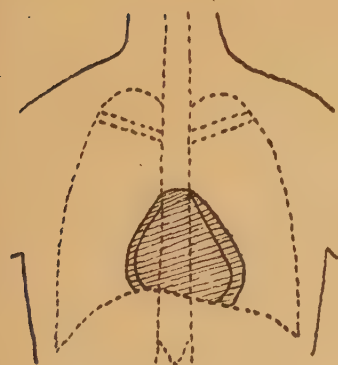


Schéma V. — 15 Janvier

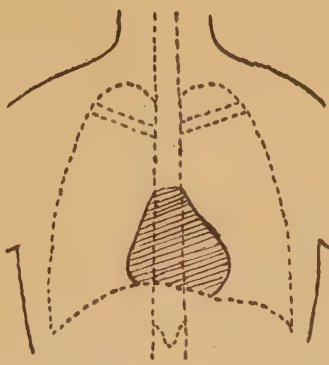


Schéma VI. — 4 Février

7 mars. — La mère dit que de temps à autre la respiration est précipitée. Jamais de cyanose ni de crise convulsive. Elle a pris 2 kilos depuis le 18 janvier. L'enfant est enrouée depuis 4 ou 5 jours.

2 mai. — L'enfant va bien.

12 décembre. — L'enfant allait bien. Depuis la veille, elle se plaint, ne veut pas s'endormir, mange bien.

Pas de dyspnée, pas de cornage, rien à l'auscultation.

OBSERVATION II (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur BERTOYE)

R... Colette, âgée de 5 mois.

Nourrie au sein pendant un mois, puis au biberon, est une belle enfant pesant près de 7 kgs et n'ayant jamais été malade.

Le 30 mai 1924, sans signe prémonitoire, elle présente des accès de toux et une dyspnée qui inquiète ses parents. La température est de 38°.

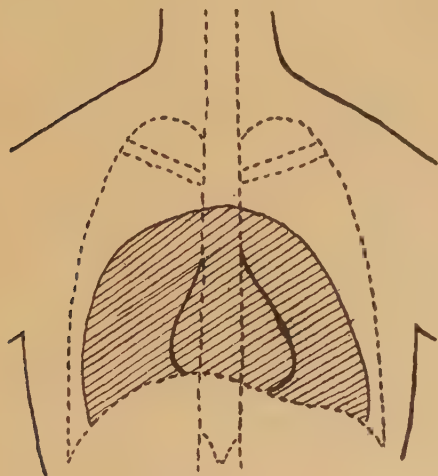
Le 31 mai, à l'examen, on est frappé par la cyanose légère des lèvres et des extrémités. La dyspnée est intense avec tirage sus-sternal et respiration rapide du type costal supérieur. L'enfant ne peut pas rester couchée. Les tentatives d'examen sont rendues difficiles par l'état grave de l'enfant qui pousse des cris à ce moment et prend de véritables crises de suffocation avec apnée durant parfois 20 secondes.

A l'examen, on ne note rien à l'auscultation des poumons ni du cœur. La percussion de la région précordiale montre une matité qui atteint le milieu du sternum et qui remonte en haute presque jusque sous la clavicule. La pointe du cœur est mal perçue, les bruits sont normaux.

A la radioscopie, on voit une ombre qui tient presque tout le thorax, allant jusqu'au rebord thoracique. Elle a tout à fait l'aspect d'une cloche à fromage reposant sur le diaphragme. Les bords ne battent pas. On aperçoit très bien

l'ombre cardiaque qui se détache au milieu en plus sombre (voir schéma VII).

1^r juin. — Persistance de la dyspnée, de la cyanose. Toux quinteuse. L'enfant boit difficilement. Elle a crié toute la nuit. La matité de la région précordiale atteint le bord droit du sternum, remonte toujours haut jusque sous la clavicule gauche. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace sur la ligne mamelonnaire, et la matité ne descend pas au-dessous.



Pouls rapide, à 160, régulier et bien frappé. Température: 38°5.

On donne 0,02 de poudre de feuilles de digitale. Oxygène. Huile camphrée.

2 juin. — Mêmes signes. L'enfant est moins oppressée. Les crises de cyanose sont moins intenses. L'enfant dort même. La température est de 37°8.

4 juin. — Grosse amélioration de la dyspnée. La matité précordiale a diminué, surtout sous la clavicule: elle ne remonte plus qu'au deuxième espace.

7 juin. — L'enfant n'a plus de cyanose. La dyspnée est moins intense. Il y a encore du tirage sus-sternal et épigastrique. La matité précordiale a quitté le bord droit du sternum.

L'enfant boit mieux et dort bien. Pouls : 120. Température : 37°4.

4 juillet. — Plus de cyanose. Légère dyspnée avec tirage. Matité précordiale normale. Pouls : 100. Température : 37°2. Toux quinteuse. L'enfant boit relativement bien. Elle recommence à jouer.

Examen radioscopique. — La cœur est revenu à ses dimensions normales. Il persiste encore au niveau de la plage pulmonaire gauche une ombre légère qui s'étend du médiastin à la paroi thoracique et qui occupe l'espace situé au-dessus de la scissure : c'est une petite bride. Le médiastin est un peu élargi avec quelques travées latérales.

L'enfant, revue en janvier 1925, ne pèse que 7 kil. 500. Elle est assez vigoureuse, mais est très petite. Elle est bien proportionnée. Les membres sont grêles. C'est une hypotrophique.

Rien au cœur; matité normale.

Cuti-réaction légèrement positive.

ÉTUDE CLINIQUE

SYMPTOMATOLOGIE

Ces deux observations, absolument superposables, nous montrent bien l'aspect clinique que peut revêtir la péricardite aiguë chez le nourrisson. Nous allons reprendre les symptômes capitaux, les analyser et chercher ce qu'en ont pensé les cliniciens qui les ont étudiés.

Et, tout d'abord, ce qui nous frappe dans l'évolution de cette maladie, c'est son mode de début. Il n'y a pas une période intermédiaire entre l'état de santé et de maladie, pendant laquelle l'enfant n'est pas bien, est grognon. C'est brusquement, en pleine santé, sans signe prémonitoire, que la température s'élève, en même temps que la toux et la dyspnée font leur apparition. Ce mode de début d'ailleurs n'a pas lieu de nous surprendre, car nous savons que l'enfant réagit immédiatement et violemment à toute infection. L'attention du médecin est aussitôt attirée

sur le poumon ; l'examen reste négatif. Il ne reste plus alors qu'à interpréter ces symptômes d'une façon qui pourrait expliquer cet état, et c'est ainsi qu'une erreur de diagnostic est facile, souvent même inévitable ; erreur qui contribuera pour une grande part à la latence de la péricardite pendant toute son évolution. Par exemple, la petite malade de notre première observation avait été envoyée à l'hôpital dans un service de chirurgie ; son état de constipation opiniâtre avait retenu l'attention et on avait pensé à une lésion abdominale.

Dès que la maladie est installée, trois groupes de signes en font un syndrome clinique bien caractérisé ; ce sont : la dyspnée avec cyanose et angoisse, l'augmentation de l'aire de matité, l'image radioscopique. Il peut exister d'autres signes ; ils ont été observés et décrits par maints auteurs, mais nous pensons qu'ils sont variables, fugaces et souvent absents. Nous croyons que les quelques symptômes que nous allons décrire sont plus constants, c'est pour cela que nous les plaçons avant les autres.

LA DYSPNEE apparaît dès le début de la maladie. Elle est caractérisée par de la tachypnée, avec angoisse et respiration difficile. Le petit malade semble avoir de l'encombrement des voies respiratoires ; il tousse comme pour expectorer. L'expiration surtout est poussée, bruyante, quelquefois sous forme de toux faisant penser à la toux moniliforme. Les ailes du nez battent ; il y a du tirage sus et sous-sternal, et l'on peut voir survenir, lorsque l'enfant veut crier,

de véritables crises de suffocation avec apnée. Chez le bébé de notre deuxième observation, ces crises d'apnée duraient parfois 20 secondes.

La dyspnée est un signe qui manque rarement et qui, de ce fait, a une grande valeur. Rousseau dit qu'elle se rencontre dans toutes les observations. Barié y attache aussi beaucoup d'importance et, pour lui, l'augmentation de la dyspnée chez un tuberculeux doit attirer l'attention du côté du péricarde.

LA CYANOSE se montre aussi dès le début de l'affection. Elle se remarque surtout aux lèvres et aux extrémités. Elle est causée par la compression des veines pulmonaires et des veines caves par l'épanchement. L'hématose est alors entravée et, de plus, le sang subit un ralentissement considérable dans sa circulation.

En présence de ces signes, on examine immédiatement les poumons. En général, on ne trouve aucune lésion qui puisse expliquer cet état fonctionnel. Il faut alors porter son attention sur le cœur. Les bruits peuvent être bien frappés et entendus aux foyers normaux ; il ne faut pas cependant abandonner les recherches de ce côté, mais percuter soigneusement. On observe alors souvent une augmentation de l'aire de matité.

L'AUGMENTATION DE L'AIRE DE MATITE peut être très variable, suivant les malades ; dans certains cas, rares il est vrai, elle est absente, ne permettant pas de penser à une péricardite. Cela tient

alors à ce que les lames pulmonaires s'insinuent entre le péricarde et la paroi, donnant une sonorité superficielle, qui masque la matité profonde. De plus, d'après Chappé, le liquide aurait surtout tendance à envahir les parties postérieures du péricarde, augmentant ainsi très peu la matité transversale normale.

Pour d'autres auteurs, au contraire (Roger), l'appréciation de l'augmentation de matité est très facile chez le jeune enfant. Dans nos deux observations, on a trouvé une matité notablement augmentée qui, d'ailleurs, a diminué avec la guérison de la maladie.

Quelle est la forme de la matité dans les cas de péricardite ? Les uns l'ont dite globuleuse, les autres triangulaire à base inférieure, triangulaire à base supérieure ; bref, beaucoup de figures géométriques ont été successivement décrites. Nous croyons qu'elle est très variable et nullement pathognomonique ; aussi, partageons-nous l'avis du Professeur Nobécourt, lorsqu'il écrit que ce qui importe : « Ce n'est pas tant la surface du cœur prise en elle-même que les variations successives qu'elle présente ». Ce même auteur ajoute une certaine valeur à la sensation tactile donnée par la percussion : « La sensation tactile, qui permet de percevoir de la résistance au doigt, sert d'appoint à la sensation auditive ».

Nous concluons donc en reconnaissant une grande valeur à l'augmentation de l'aire de matité et surtout à ses variations, lorsqu'on peut les constater.

Mais le symptôme capital de l'épanchement du péricarde est fourni par la radioscopie.

L'IMAGE RADIOSCOPIQUE peut avoir une forme variable : tantôt triangulaire, tantôt globuleuse et symétrique, à contours arrondis ; cela dépend beaucoup de la quantité de liquide épanché. On observe souvent que les bords de l'épanchement et l'ombre du foie forment un angle aigu, à sommet dirigé vers la ligne médiane. C'est l'avis de Blechmann. Rotch, au contraire, prétend que cet angle aigu est un signe de dilatation cardiaque, et que l'angle est obtus dans le cas d'épanchement. Nous pensons que ce signe est très fréquent, mais qu'il peut manquer, surtout lorsque l'épanchement est abondant ; l'angle se redresse alors et devient obtus. Dans ce cas, la comparaison avec une cloche à fromage reposant sur le diaphragme, donnée par M. le Docteur Bertoye, est celle qui convient le mieux (schéma de la deuxième observation).

Il y a quelques signes qui caractérisent bien l'ombre de la péricardite :

1° Les bords de l'ombre ne battent pas ou battent peu ;

2° Le cœur apparaît au centre, sous forme d'une tache intense entourée d'une pénombre représentant la région du péricarde distendu où les rayons ne traversent que du liquide.

Cette image radioscopique typique existe dès le début de la maladie, dès que la dyspnée et la cyanose, syndromes de compression intra-thoracique, ont fait

leur apparition. Elle évolue parallèlement à la matité, mais constitue un signe beaucoup plus sensible, donnant mieux une idée exacte de l'importance de l'épanchement. La matité, en effet, peut être masquée et faire croire à une péricardite légère, alors qu'il y a beaucoup de liquide. De même, l'intensité des signes fonctionnels ne donne qu'une idée approximative, car la cyanose et la dyspnée dépendent, non seulement de la quantité de liquide épanché, mais encore et surtout de la rapidité de formation de l'épanchement qui surprend le cœur et lui impose un travail supplémentaire de compensation. Aussi, sommes-nous d'avis que l'on doit passer systématiquement à la radioscopie tout nourrisson qui présente une affection thoracique aiguë. On évitera ainsi bien des erreurs et le diagnostic de péricardite sera précoce. Comme l'a écrit M. G. Blechmann, la radioscopie doit être considérée comme une véritable biopsie : « Ce n'est pas un abus de langage que nous commettons en comparant l'examen de l'ombre radiographique d'un péricarde à une véritable biopsie, qui, bien mieux que le plus habile chirurgien, respecterait les rapports de tous les organes ».

Nous venons de décrire tous les symptômes que l'on observe le plus communément dans la péricardite du nourrisson. Beaucoup d'auteurs en ont décrit d'autres, mais nous pensons qu'ils manquent souvent ; aussi, les avons-nous placés au second plan.

LES FROTTEMENTS peuvent-ils s'observer ? Oui, parfois. Et, dans certains cas, ils se perçoivent même

sur une grande étendue de la région précordiale, faisant penser à un souffle. Ils sont d'ailleurs de timbre varié, suivant la consistance et l'épaisseur des lames fibrineuses, suivant la force d'impulsion du cœur.

D'après Baginsky, ils sont très doux chez le nourrisson et ils augmentent d'intensité dans le décubitus latéral gauche.

Enfin, beaucoup d'auteurs ont signalé leur absence complète. Bednar, puis Cnopf, en ont fait la remarque ; de même, Blache, qui donne pour raison le peu d'étendue des surfaces en contact et l'accélération des battements du cœur. Nous adoptons plutôt l'explication donnée par M. le Professeur Weill, qui considère surtout comme causes de leur absence les caractères de l'exsudat, qui est homogène, filant et peu fibrineux.

Quoi qu'il en soit, les frottements font souvent défaut et il ne faut pas compter sur eux pour faire un diagnostic. Ils n'ont été constatés dans aucune de nos observations.

DES PHÉNOMÈNES NERVEUX accompagnent quelquefois la péricardite. Ils peuvent revêtir une grande intensité et contribuer, pour une grande part, à l'erreur du diagnostic. On voit très souvent chez le nourrisson atteint de péricardite des vomissements, du hoquet et de la dysphagie. Le Professeur Baumel accorde aux vomissements une grande valeur diagnostique. Notre petite malade de l'Observation II ne pouvait pas boire. Ces troubles proviennent des compressions exercées par l'épanchement sur les

organes du médiastin et en particulier sur les nerfs pneumogastrique et phrénique. Ils pourraient avoir, dans certains cas, une origine centrale. Les phénomènes cérébraux, en effet, ne sont pas rares. Latham et Burrows ont décrit de la torpeur, de l'agitation et des convulsions chez des nourrissons dont la péricardite fut révélée par l'autopsie. Le Docteur West cite le cas d'une petite fille âgée de 6 mois qu'il vit mourante. Des convulsions survinrent pendant douze heures, au bout desquelles la mort arriva. L'autopsie révéla la présence d'une péricardite. La petite malade de notre première observation présentait un état d'agitation intense et eut même de légers mouvements convulsifs des bras.

La présence de ces convulsions au cours de la péricardite ne nous surprend pas. Le Professeur Weill a montré en effet que le système nerveux du nourrisson réagit, par cet état convulsif, à la moindre cause infectieuse ou toxique.

Nous pensons donc que les troubles nerveux peuvent s'observer fréquemment au cours de la péricardite.

Que deviennent, chez le nourrisson, ces signes physiques, que l'on a si souvent décrits chez l'adulte : *la voussure, l'absence de perception de la pointe, les bruits lointains et sourds* ? Ils sont très rarement observés. Cependant, le thorax faible et souple du jeune enfant se prêterait bien à la distension. Certains auteurs auraient même observé une ondulation de la paroi.

Le choc de la pointe peut ne pas être perçu (Obs. I) ou être mal perçu (Obs. II). Il n'y a pas là un signe dont il faille tenir compte bien rigoureusement.

Quant aux bruits du cœur, ils ont été entendus normaux et à leur place dans nos observations.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la péricardite est extrêmement difficile à faire chez l'enfant et chez le nourrisson en particulier. Tous les cliniciens sont d'accord sur ce point. Aussi, la maladie demeure-t-elle très souvent méconnue : dans un quart des cas, selon le Professeur Hutinel ; dans la moitié, d'après le Professeur Weill.

Nous pensons que, chez le nourrisson surtout, elle passe inaperçue et que les chiffres donnés sont au-dessous de la réalité : aucun signe, en effet, n'attire l'attention sur le péricarde ; et comme la maladie évolue rapidement, pour aboutir souvent à la guérison, le diagnostic n'est pas porté. Nous verrons plus loin que seule la radioscopie, faite systématiquement chez les nourrissons qui présentent une affection thoracique, peut permettre de découvrir l'épanchement.

Lorsqu'on parcourt les travaux qui ont été écrits sur la péricardite chez l'enfant, on est frappé de ne

trouver que des aveux d'impuissance à faire le diagnostic. Tous les auteurs mettent un peu sur le compte du hasard le fait de découvrir un épanchement péricardique.

Billard, par exemple, a écrit, en 1828 : « Les symptômes de la péricardite chez les enfants naissants sont faciles à méconnaître ».

West ne connaît aucun signe spécial de l'inflammation aiguë du péricarde chez l'enfant.

Enfin, Letulle, dans ses recherches sur la péricardite latente, a montré qu'elle se rencontrait surtout chez l'enfant. Cela tiendrait à une indépendance plus grande que chez l'adulte des divers appareils dans leur fonctionnement pathologique ; de plus, écrit-il : « Le petit être malade, rapidement affaibli, tombe vite dans un état de marasme et d'abattement remarquables, et l'insuffisance d'un diagnostic est bien excusable, pour ne pas dire inévitable, à cette époque ».

En somme, si cette maladie est aussi souvent méconnue chez le nourrisson, c'est parce que :

1° La péricardite est masquée par l'affection primitive, surtout si c'est une lésion pleurale ou pulmonaire ;

2° L'enfant réagit par des symptômes violents, qui tendent à égarer le diagnostic (symptômes nerveux en particulier) ;

3° Les signes physiques, qui pourraient faire penser à la péricardite, manquent souvent.

Dans ces conditions, sur quels signes peut-on se baser pour porter le diagnostic ? Nous en retiendrons trois :

La dyspnée avec cyanose,
L'augmentation de l'aire de matité,
L'image radioscopique.

Ils n'ont pas tout une égale valeur, les deux premiers étant difficiles à interpréter, le troisième ayant une valeur bien plus grande et bien plus précise.

Certains auteurs, Blechmann en particulier, ont préconisé la ponction exploratrice. Lorsqu'elle est positive, elle établit fermement le diagnostic. Elle n'a pas été tentée chez nos malades.

Devant un nourrisson se présentant avec le syndrome que nous avons décrit, dyspnée violente, cyanose, angoisse, agitation ou abattement, le médecin, après avoir éliminé une lésion pulmonaire, portera son attention sur le cœur. Il recherchera la péricardite. L'évaluation de l'aire de matité cardiaque peut être d'un grand secours et entraîner le diagnostic, surtout si l'on se trouve en présence d'une matité qui augmente d'étendue à mesure que les signes fonctionnels s'accroissent.

Mais nous croyons que, malgré tout, la clinique ne peut arriver que très difficilement à un résultat, et que, sans le secours des rayons X, un diagnostic ferme ne peut pas être porté.

La valeur de ce procédé d'examen est considérable, et Blechmann le préconisait ardemment dans sa thèse sur les péricardites aiguës : « L'examen par les rayons X, écrivait-il, a déjà réduit le nombre des

péricardites latentes, c'est-à-dire non diagnostiquées. Elles ne constitueront plus, nous l'espérons, qu'une page d'histoire ancienne, quand l'examen radiologique sera pratiqué systématiquement au cours de toutes les affections thoraciques d'évolution insolite ». Encore mieux qu'à l'adulte, ces quelques lignes s'appliquent au nourrisson, puisque la péricardite est chez lui presque toujours latente.

On portera donc le nourrisson sous l'écran et on verra une ombre occupant le médiastin et la région cardiaque. Le diagnostic est déjà limité, mais il n'est pas encore fait, car plusieurs affections peuvent donner une ombre semblable et il faut les discuter de très près. Nous pensons qu'il faut éliminer successivement :

- 1° Une tumeur médiastine ou un épanchement dans le médiastin ;
- 2° La dilatation du cœur ;
- 3° Le gros cœur.

Une *pleurésie médiastinale* peut en imposer pour un épanchement péricardique à l'examen radioscopique et d'autant plus qu'elle s'accompagne de signes cliniques identiques. Voici un cas observé et publié par nos maîtres, les Professeurs Weill et Mouriquand. Il s'agit d'une petite fille âgée de 2 ans, qui entra à l'hôpital avec un syndrome broncho-pneumonique. Un premier examen radioscopique montra une ombre médiastinale droite appliquée sur les oreillettes et montant jusqu'à la moitié du sternum. Cette ombre était distincte du cœur lors de cet examen, qui fut fait le 31 décembre 1907. Le 26 janvier,

on constata la présence d'une énorme image cardiaque, qui dépassait largement à droite et à gauche l'ombre du sternum. L'image resta la même pendant dix jours. Rien, dans l'examen du cœur, ne permettait de comprendre l'image radioscopique. Enfin, le 7 février, on put discerner le cœur refoulé à gauche et une masse qui lui était accolée à droite et qui n'était le siège d'aucun battement.

Ce qui a permis le diagnostic dans cette observation, c'est la présence d'une masse, distincte à un premier examen, qui s'accola ensuite au cœur, mais s'en distingua à la fin par l'absence de battements. En somme, un observateur qui eût été appelé à examiner la malade vers le 26 janvier, pouvait fort bien, même avec la radio, porter le diagnostic de péricardite.

La *dilatation du cœur* est rare chez le nourrisson. Mais elle peut se voir au cours d'une péricardite et exagérer l'étendue de l'ombre radioscopique. On croit à un épanchement important, alors que l'ombre cardiaque entre pour une grande part dans la constitution de l'image.

Le *gros cœur* peut s'observer chez le nourrisson et entraîner une erreur de diagnostic radioscopique. Comme dans la péricardite, on verra une ombre qui dépasse largement le sternum, surtout à gauche. Le diagnostic sera possible en observant attentivement le bord de cette ombre, qui bat dans le gros cœur. Dans la péricardite, au contraire, on n'observe pas ou très peu de battements. De plus, et le fait a été bien constaté dans nos observations, on voit, dans

la péricardite, une ombre foncée, qui est l'ombre du cœur, entourée d'une ombre plus claire, d'une sorte de pénombre à limite floue, qui est causée par l'opacité moins grande du liquide épanché.

Enfin, la forme même de l'ombre peut, dans certains cas, guider le diagnostic. Le gros cœur donne toujours une ombre plus ou moins globuleuse, l'épanchement, surtout s'il est abondant, donne plutôt un aspect de cloche à fromage, ne formant pas un angle aigu avec l'ombre diaphragmatique.

Ces signes peuvent être difficiles à apprécier et le diagnostic entre le gros cœur et la péricardite demeure souvent en suspens.

ÉVOLUTION et PRONOSTIC

La péricardite aiguë du nourrisson est une maladie grave, mais elle peut guérir. On voit alors l'épanchement diminuer de volume; en même temps, la dyspnée et la cyanose disparaissent et l'enfant se rétablit. Baginsky a observé cette évolution. Nos observations I et II en sont des exemples. Ces petits malades ont été suivis et n'ont encore rien présenté d'anormal du côté de leur appareil circulatoire.

D'autres fois, et plus souvent, selon Baginsky, la péricardite évolue vers la symphyse. Cela se verrait surtout lorsque les exsudats fibrineux sont abondants. Le pronostic devient alors celui de la symphyse cardiaque, c'est-à-dire très grave et même fatal, à échéance plus ou moins brève.

Enfin, le petit malade peut succomber, au cours même de la maladie, à la faiblesse du myocarde en général.

TRAITEMENT

Il sera surtout symptomatique, car la cause de l'affection échappe souvent au clinicien. Localement, il est indiqué de faire de la révulsion.

On a parlé de la ponction évacuatrice dans les cas de gros épanchement. Elle n'a pas été tentée chez nos malades et nous ne pouvons donner aucun résultat.

Les toni-cardiaques doivent être employés pour soutenir le myocarde défaillant et permettre l'évolution de la maladie. Chez la malade de notre deuxième observation, on a donné de la digitale et de l'huile camphrée.

Les inhalations d'oxygène viendront enfin lutter efficacement contre l'asphyxie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION III (Inédite)

(Service de M. le Professeur WEILL)

Suzanne F..., âgée de 1 an, est entrée le 6 décembre 1924 dans le service, crèche Saint-Ferdinand.

Père et mère en bonne santé. Pas d'autre enfant. Accouchement provoqué, à 8 mois, à cause d'un rétrécissement du bassin. Nourrie au sein jusqu'à l'âge de 4 mois, puis allaitement mixte : ces derniers temps, elle prenait du lait de vache et de la farine lactée. Pas de troubles digestifs.

Depuis deux mois, elle a des quintes de coqueluche (dix quintes par jour environ). Enfin, depuis 4 jours, elle va plus mal : elle a une dyspnée marquée, la température est à 39°. C'est pour cela qu'elle a été apportée à la consultation.

A l'entrée, on se trouve en présence d'une enfant dyspnéique, à la face bouffie, présentant des quintes caractéristiques de coqueluche. Température : 38°. Léger tirage sus et sous-sternal, pas de type inverse : cependant l'expiration est poussée. Pas de cyanose des extrémités.

A l'auscultation, foyer de râles fins à la base droite, ces râles sont confluents dans la région de l'aisselle. La rate est perçue. En somme, coqueluche avec congestion pulmonaire.

15 décembre 1924. — Apparition d'une douzaine de bulles de pemphigus. On fait un traitement à l'ambrine.

1^{er} janvier 1925. — Le pemphigus est guéri. La température monte à 40°. L'enfant est dyspnéique, a du battement des ailes du nez, du tirage sus et sous-sternal. Pas de toux moniliforme.

A l'auscultation, nombreux râles sous-crépitaux, ronchus et sibilances disséminés dans les deux poumons, non groupés en foyers. On lui fait 20 centimètres cubes de sérum mixte.

2 janvier. — Etat stationnaire au point de vue des signes physiques. Dyspnée moins vive; battement des ailes du nez moins marqué. Nouvelle injection de 20 centimètres cubes de sérum mixte.

10 janvier. — Etat général médiocre. Apparition de taches purpuriques au niveau du cou et de la poitrine. Accès de cyanose.

13 janvier. — Etat général grave. Température : 40°. Dyspnée avec polypnée, tirage sus et sous-sternal. Nombreux râles sous-crépitaux et crépitaux disséminés dans les deux poumons. Petit foyer soufflant au sommet droit. Eruption purpurique atteignant le cou, la face, le dos, la poitrine et l'abdomen. Grosse rate. Gros foie. La pointe du cœur est difficilement perçue, elle semble refoulée vers la ligne médiane au niveau de l'appendice xyphoïde : on ne trouve pas de signes d'épanchement pleural expliquant ce refoulement.

16 janvier. — Décès à 2 heures du matin.

Autopsie. — Foie pèse 310 gr.; rate, 20 gr.

Poumons : grains jaunes broncho-pneumoniques avec forte congestion du parenchyme.

Péricarde : contient un demi-verre de liquide citrin, fibreux. Pas de fausses membranes sur la séreuse péricardique qui est lisse. Un léger dépoli au niveau des gros vaisseaux de la base.

La surface myocardique présente de petits vaisseaux turgescents donnant par endroits un granité hémorragique. Il y a en trois endroits différents de véritables suffusions sous-endocardiques.

Reins : petites suffusions sous-capsulaires; aspect hémorragique à la coupe.

OBSERVATION IV

(Docteur M. MILHAUD, in *Montpellier Médical*, 1919-1920)

La maladie a débuté le 22 novembre 1919.

Cet enfant, allaité par sa mère, qui était soignée pour dothiéntérie, avait été hospitalisée dans le service de M. le Professeur Baumel.

Il présentait des convulsions, de la fièvre avec état typhique prononcé. Après une rémission passagère de quarante-huit heures, la température est progressivement remontée aux environs de 39°-40°, en même temps qu'apparaissaient des abcès sous-cutanés à la nuque et à la face antérieure du cou. Les manifestations typiques constatées précédemment et les convulsions avec contractures persistaient et même s'accusaient de plus en plus.

Les vomissements et la diarrhée se montraient.

L'auscultation du poumon et du cœur ne révélait rien d'anormal.

Etant donné la dothiéntérie de la mère, on avait pensé à la possibilité d'une dothiéntérie chez l'enfant. Le séro de Widal, pratiqué le 6 décembre, fut négatif au 50^{me}. — Enfin une ponction lombaire donna les résultats suivants :

Albumine : 0,25.

Chlorure de sodium : 6,4.

L'examen au Nageotte révèle une faible réaction lymphocytaire.

Le 8 décembre, le petit malade succombait sans avoir présenté d'autres symptômes que ces convulsions avec contractures, état typhique et abcès du cou.

Le 9 décembre, nous pratiquons l'autopsie.

Dans l'abdomen, foie normal, rate normale, intestin normal. Seul le rein droit est volumineux; le double de volume du rein gauche, mais sans trace de congestion.

Dans le thorax : poumons normaux présentant seulement l'hypostase cadavérique; aucun noyau de congestion. Crépitations sous le doigt.

Plèvres normales.

C'est au niveau de l'appareil cardiaque que se rencontrent des lésions accusées et caractéristiques. A l'examen, nous sommes frappés, en effet, de l'aspect du sac péricardique qui fait saillie sous la pression du liquide qu'il contient. L'incision laisse écouler du liquide citrin en assez grande abondance. Le feuillet pariétal et le feuillet viscéral du péricarde sont recouverts de productions séro-fibrineuses, jaunâtres, adhérentes, irrégulièrement distribuées, indice de la péricardite dont était atteint notre sujet.

Le cœur ne présente aucune altération macroscopique apparente.

L'autopsie fut terminée par l'examen du cerveau et des méninges. Il n'y avait pas la moindre trace de liquide, ni d'inflammation méningée. Cerveau normal.

OBSERVATION V

(P^r PARROT, citée par M. LETULLE, in *Gazette Médicale de Paris*, 14 juin 1879)

Muller, née le 16 janvier 1874, reçue le 26 à l'hospice des Enfants-Assistés, entre le 29 dans le service. Depuis deux jours l'enfant vomit et a de la diarrhée. Le tégument a une teinte livide qui devient d'un violet assez foncé aux extrémités. Muguet excessivement abondant. L'enfant respire très rapidement et très profondément. Le murmure vésiculaire est très faible. T. R.: 32°. Poids: 2 kil. 390.

Cet enfant meurt dans la même journée, à 10 heures du soir.

Autopsie faite le 30 juillet. Poumon droit sain, le gauche est complètement adhérent aux parties qui l'entourent. Ces adhérences sont établies à l'aide d'un exsudat membrani-forme blanc, un peu verdâtre, très adhérent à la surface de la plèvre, sans autre modification du parenchyme pulmonaire qu'un léger degré d'affaissement. Sur quelques points l'exsudat a une teinte rosée.

Cœur : Péricardite légère, exsudative, marquée surtout à la base.

OBSERVATION VI (Résumée)

(D^r GOMBAULT, citée par M. LETULLE, *loc. cit.* Obs. V)

Accouchement laborieux chez une primipare. Application de forceps dans l'excavation. Mort apparente de l'enfant. Insufflation. Mort au septième jour par pleuro-pneumonie gauche. Péricardite latente.

L'autopsie a montré dans la plèvre gauche une énorme quantité de liquide roussâtre dans lequel nageaient des flocons fibrineux. Dans le péricarde, il y avait une quantité notable d'un liquide identique également floconneux.

OBSERVATION VII (Résumée)

(In thèse de CHAPPÉ)

Edouard D..., âgé de deux ans. Parents bien portants. Né à terme. Elevé au sein. Il a eu la rougeole il y a cinq mois et depuis ne s'est jamais complètement rétabli. Il maigrit. Depuis 15 jours, il tousse et maigrit davantage. Appétit diminué; il est abattu et ne marche plus.

Pas de dyspnée. Toux assez fréquente, sans quintes. Percussion normale des poumons; râles de bronchite disséminés et quelques sous-crépitations fins à gauche.

Pas de vomissements, mais diarrhée.

Il pèse 10 kilos. Température: 38°7.

Etat stationnaire les jours suivants, mais le poids diminue toujours.

Un souffle amphorique avec crépitation bulleuse apparaît dans la région moyenne du poumon gauche. Amaigrissement rapide. Température à grandes oscillations. Mort au bout de un mois et demi de séjour dans le service.

Autopsie : Péricardite avec épanchement abondant. Liquide séreux, clair, évalué à 250 centimètres cubes. Pas d'adhérences péricardiques. Cœur normal.

Poumon droit présente des cavernes au sommet, de nombreuses granulations et des foyers de broncho-pneumonie.

Poumon gauche constitue un bloc caséeux.

Foie volumineux, congestionné.

OBSERVATION VIII

(P^r BAUMEL, in *La Médecine*, Paris, 1920-21)

Chez un petit malade d'un an, qui ne possède aucune dent et qui présente un souffle énorme à la région précordiale, couvrant toute la révolution cardiaque, nous avons cru reconnaître l'existence d'une symphyse. On perçoit, en outre, dans ce cas, un souffle plus intense à la base du cœur avec cyanose des extrémités, liés à la persistance du trou de Botal. Le père de cet enfant est rhumatisant et cardiaque.

Ce fait nous paraît d'autant plus intéressant que l'atteinte du péricarde, accompagnée et suivie jusqu'à ce jour de convulsions passagères, remonterait à 6 mois, quand la cyanose serait congénitale.

CONCLUSIONS

1. La péricardite aiguë, non purulente, du nourrisson est une affection rare qui reste le plus souvent latente.

2. Au point de vue clinique elle est caractérisée par :

- a) De la dyspnée avec angoisse et cyanose ;
- b) Une augmentation de l'aire de matité ;
- c) Une image radioscopique typique.

3. L'examen radioscopique a la plus grande valeur et permet d'établir définitivement le diagnostic.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LE DOYEN,

MOURIQUAND.

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 20 Octobre 1925.

*Pour le Recteur et par Délégation,
Le Vice Président du Conseil de l'Université,*

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

AHSBY. — *The Lancet*, 1884.

BAGINSKY. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1898, n° 48 et 49.

BANTI. — *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1888.

BAUMEL. — Quelques considérations cliniques sur la péricardite aiguë chez l'enfant. *La Médecine*, Paris, 1920-21, page 843.

BERNHEIM. — Dictionnaire de Dechambre (article : Péricardite).

BILLARD. — Traité des maladies des enfants nouveaux-nés et à la mamelle, 1828.

BLACHE. — Maladies du cœur chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1869.

BLECHMANN G. — Les épanchements du péricarde. *Thèse de Paris*, 1912-1913.

— Les péricardites aiguës, Paris, 1922, Flammarion.

BOWAIRD DAVID. — On acute pericarditis in Children. *Arch. of Pediatrics*, oct. 1910.

CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance, Paris, O. Doin, 1887.

- CHAPPÉ T. — De la tuberculose du péricarde chez les enfants.
Thèse de Paris, 1903-1904.
- COLRAT. — *Lyon Médical*, 1882, page 5.
- COMBY. — *Archives de Médecine des Enfants*, 1911, p. 372.
- DEL COURT. — Un cas de rhumatisme articulaire aigu chez un enfant de 18 mois. *Gazette hebdomadaire de Méd. et Chir.*, Paris, 1900.
- IMERWOL. — *Archives de Médecine des Enfants*, 1912, p. 95.
- LACROIX. — Contribution à l'étude de l'histologie normale et pathologique du péricarde. *Thèse de Lyon*, 1891.
- LETULLE. — Les péricardites latentes. *Gazette Médicale de Paris*, 1879.
- MAILLET. — A propos de la péricardite avec épanchement chez l'enfant. *Progrès Médical*, Paris, 1921.
- MARFAN. — Ponction du péricarde. *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1911.
- MARTIN. — Etude sur les pleurésies dans la première enfance. *Thèse de Paris*, 1903.
- MILHAUD. — Péricardite avec épanchement chez un nourrisson, *Montpellier Médical*, 1919-1920.
- NOBÉCOURT. — Les péricardites aiguës chez les enfants. *Journal de Médecine de Paris*, 1913.
- PELTHIER J. — Contribution à l'étude des formes cliniques de la péricardite tuberculeuse. *Thèse de Paris*, 1900-1901.
- RENAULT. — La péricardite aiguë chez les enfants. *Bulletin Médical*, Paris, 1921.
- RILLIET et BARTHEZ. — Maladies des enfants, tome III.
- ROGER. — De la ponction du péricarde. Rapport à l'Académie de Médecine, 1875.
- STEFFEN. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1885, n° 43.
- SYERS. — Péricarditis in Children. *Clin. J. Londres*, 1906.
- THAON. — Rapport sur la péricardite tuberculeuse. *Bull. de la Société anatomique*, 1872.

WEILL Ed. — Traité clinique des maladies du cœur chez les enfants. Paris, O. Doin, 1895.

— Traité des maladies de l'enfance de Grancher et Comby, 2^e édition, tome II, Paris, Masson, 1904.

WEILL Ed. et MOURIQUAND. — Syndrôme broncho-pneumonique clinique. Pleurésie médiastine à la radioscopie. *Lyon Médical*, 1910, page 1353.

WEST. — Leçons sur les maladies des enfants. Traduction Archambault, 1875.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Etiologie.....	13
Observations I et II.....	19
Symptomatologie.....	25
Diagnostic.....	35
Evolution et pronostic.....	41
Traitement.....	42
Observations.....	43
Conclusions.....	49
Bibliographie	51
